

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

L'ÉQUINISME

COMPLICATIONS DES BLESSURES DES PARTIES MOLLES
DE LA JAMBE
SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1920

PAR

Gabriel AUGIER

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (4 citations)

Né à Marseille, le 18 avril 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1920

L'EQUINISME

COMPLICATIONS DES BLESSURES DES PARTIES MOLLES
DE LA JAMBE
SON TRAITEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0200

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

L'ÉQUINISME

COMPLICATIONS DES BLESSURES DES PARTIES MOLLES
DE LA JAMBE

SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1920

PAR

Gabriel AUGIER

Né à Marseille, le 18 avril 1888

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (4 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ESTOR, professeur.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM N.....	DOYEN.
FORGUE (O ✱).....	ASSESSEUR.
N.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MATHET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱) †.
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (†).
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	VEDEL.
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino.....	MOURET.

Doyens honoraires : MM. VIALLETON, MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaires honoraires : MM. GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✱, †, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✱, †, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	N...
Stomatologie.....	WATON ✱ (†), doct (ch. de c.)

Agrégés en exeroloe

MM. GALAVIERRE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	MESTREZAT
LEENHARDT.	RUZIERE.	LAPEYRE.
GAUSSEL (✱ †).	J. DELMAS (†).	MARGAROT.
RICHE (✱).	RIMBAUD ✱.	STROHL.

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, profes., <i>président</i> .	MM. RIMBAUD, agrégé.
ESTOR, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Pour tous les sacrifices qu'ils se sont
imposés pour moi ; très faible
témoignage de gratitude et de
profond amour filial.*

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MON ONCLE, A MA TANTE, A MA COUSINE

A MES BEAUX-FRÈRES, A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES AMIS

G. AUGIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A TOUS MES BONS CAMARADES D'ÉTUDES

G. AUGIER,

L'ÉQUINISME

COMPLICATIONS DES BLESSURES DES PARTIES MOLLES
DE LA JAMBE

SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

L'équinisme est une attitude vicieuse, constituant une complication fréquente des blessures de la jambe.

Cependant, lorsque la blessure s'accompagne de fracture de l'un ou des deux os, les appareils de contention qui doivent être immédiatement appliqués, immobilisent le pied. Rien de plus élémentaire que de le placer dans ces cas-là en bonne position.

Il en va tout autrement pour les blessures des parties molles sans lésions osseuses. Quand il ne s'agit que de petites plaies en surface, de plaies en séton par balle, la guérison peut rapidement se faire, et ne nécessiter qu'un séjour au lit de brève durée. La reprise de la marche est assez rapide, et nous n'assistons pas de ce fait à la production de l'équinisme.

Par contre, dans les blessures profondes des masses

musculaires du mollet, les délabrements sont souvent importants; ils sont encore aggravés par les incisions nécessitées par l'extraction du projectile et des débris vestimentaires, ou encore par des accidents de suppuration.

La réparation de tels dégâts est toujours lente, et la cicatrisation peut exiger plusieurs mois. Si le pied est abandonné pendant toute la durée du traitement, l'équinisme ne tarde point à s'installer.

Cet accident a été très fréquent au cours de la guerre. Le nombre des blessés, la multiplicité des lésions amenaient parfois les médecins traitants à ne s'occuper que de la plaie du malade, négligeant les conséquences fonctionnelles.

Mais cette question garde néanmoins toute son actualité en temps de paix; lorsqu'on soigne une ostéomyélite aiguë opérée, les pansements doivent être faits très attentivement, et la production possible de l'équinisme doit être la préoccupation journalière du chirurgien.

Nous étudierons très rapidement l'étiologie et l'étude clinique de cet accident, puis, nous attachant à l'étude du traitement, nous distinguerons un traitement préventif, et un traitement curatif, et enfin, à propos de ces différents buts à atteindre, nous consacrerons quelques mots à l'étude de la traction élastique dans l'équinisme, question qui a été mise au point par William Topous Khan.

ETIOLOGIE — ETUDE CLINIQUE

Nous nous trouvons en présence d'un blessé présentant une large plaie du mollet; l'attention du chirurgien se concentre exclusivement sur la blessure de la jambe et ses complications. En l'absence de solution de continuité des leviers osseux, le pied est abandonné à lui-même, sans soutien aucun.

Qu'arrive-t-il? Dès les premiers jours, nous croyons que le pied s'étend progressivement sur la jambe; c'est qu'en effet, cette position favorise le relâchement des masses musculaires du mollet et diminue par suite la douleur. Mais, plus tard, ce n'est plus seulement un relâchement des masses musculaires, c'est une contracture qui s'installe. A cette contracture de défense succède une rétraction cicatricielle et finalement, la déviation vicieuse du pied est non seulement aggravée, mais fixée.

Cette déviation vicieuse, une fois constituée, les mouvements normaux du cou-de-pied sont limités, et cet article est de ce fait immobilisé.

Il en résulte donc la raideur, sinon l'ankylose fibreuse de cette articulation; l'équinisme est désormais constitué. Quand les plaies seront cicatrisées, parfois même auparavant, on se trouvera en présence d'un pied bot équin confirmé. Le blessé est devenu un impotent.

Il ne faut pas croire que la marche va améliorer cette

infirmité. Il n'en est rien. Bien au contraire, la marche, si elle n'est pas surveillée et dirigée, aggravera encore l'infirmité et la compliquera.

Par suite de l'équinisme, l'appui du membre se fera sur le talon antérieur, le talon postérieur distant du sol parfois de 10 à 12 centimètres. Il en résulte un allongement du membre égal à la distance, sur le prolongement de l'axe vertical de la jambe, de la plante au sol.

Mais, comme il faut rétablir l'équilibre de la base de sustentation, il en résulte des déviations compensatrices des autres segments du membre anormal.

Dans le cas particulier, nous nous trouverons en présence d'une flexion du genou accompagnée ou non, suivant le degré de l'équinisme, d'élévation pseudo-coxalgique de la hanche, d'ensellure lombaire et parfois même de scoliose lombaire à convexité opposée.

Bien entendu, ces déviations secondaires n'apparaissent pas brusquement. D'une manière générale, c'est la marche qui commence à les révéler. Puis, elles deviennent permanentes par suite de la contracture suivie de la rétraction des fléchisseurs puissants de la jambe sur la cuisse et des muscles lombaires.

L'équinisme est dès lors compliqué. C'est en présence d'un véritable infirme que nous nous trouvons.

TRAITEMENT PREVENTIF

Nous venons de voir combien serait coupable la négligence d'un chirurgien dans le traitement d'une plaie des parties molles de la jambe, en ce qui concerne la position du pied par rapport à la jambe. Aussi, le traitement préventif de l'équinisme est-il fort important à connaître.

La prophylaxie de l'équinisme est aussi simple que la guérison en est difficile. Il faut en somme maintenir le pied en bonne position pendant toute la durée de la cicatrisation des plaies de la jambe.

Il faut donc, et ceci est indispensable, depuis le premier pansement jusqu'à la guérison, fixer le pied à angle droit sur la jambe, et, mieux même, à angle aigu.

Comme les blessures de guerre, toujours infectées, nécessitent, au moins au début, une surveillance et des pansements quotidiens, les gouttières continues, plâtrées ou métalliques, sont difficilement applicables.

Lorsqu'on est simplement en présence d'une plaie des parties molles, on peut employer l'attelle-étrier de Volkmann. Cette attelle-étrier, préconisée par Volkmann est formée d'une attelle plantaire et d'une gouttière jambière en zinc, reliées par un fil de fer fort. C'est un appareil pratique et facile à confectionner. Les bandes plâtrées sont inutiles pour fixer les extrémités. Il suffira de quelques tours de gaze apprêtée; grâce à ce procédé, on fixera l'at-

telle plantaire au pied; quant à la gouttière jambière, elle sera simplement comprise dans le pansement.

De cette façon, non seulement le pied sera maintenu en bonne position, mais encore, à chaque renouvellement de pansement, on pourra entreprendre la mobilisation méthodique du cou de pied, de façon à prévenir son ankylose. En outre il sera également facile de surveiller la crête tibiale qui, malgré la compresse ou l'ouate interposées, pourrait s'excorier.

Bien entendu, l'attelle sera maintenue jusqu'à guérison complète de la blessure, jusqu'au jour où le médecin autorisera le malade à se lever. A ce moment, il conviendra de veiller à ce que, dans les premiers exercices de marche, le pied se pose normalement, le talon bien à plat, et il sera même utile de faire exécuter quelques exercices d'assouplissement et de flexion des membres inférieurs, pour assurer et au besoin parfaire la guérison fonctionnelle.

Si la blessure initiale ou le traitement de ses complications septiques ont occasionné des délabrements musculaires importants, surtout au niveau du mollet, il en résultera une masse cicatricielle dont la rétraction amènera, peu-être malgré le traitement préventif, un certain degré d'équinisme. Un chirurgien averti reconnaîtra facilement si la déviation est passible d'un traitement purement médical, ou si une intervention est nécessaire. En ce cas il n'attendra pas que l'équinisme se confirme et se complique pour pratiquer l'allongement du tendon d'Achille, qui suffira à ce moment pour assurer la guérison complète.

TRAITEMENT PREVENTIF DE L'EQUINISME
PAR LE PROCEDE DE LA TRACTION ELASTIQUE
DE M. WILLIAM TOPOUS KHAN

Pour combattre la tendance à l'équinisme, ce chirurgien a construit un étrier élastique. Cet appareil sert aussi chez les fracturés du membre inférieur, porteur des appareils à extension continue, à suspension. :

Dans les appareils plâtrés, quand la lésion le permet, il peut être substitué à la pièce du pied. Voici comment se fait la construction de l'étrier d'après William Topous Khan :

« On prend deux bandes de tarlatane larges de huit centimètres et longues de six mètres, lâchement roulées, et on les trempe dans du silicate de potasse. En attendant qu'elles soient bien imprégnées de liquide, on entoure l'avant-pied, sur toute la hauteur des métatarsiens, d'une couche régulière de coton cardé épaisse et assez serrée. On enroule une des bandes silicatées circulairement sur le coton ainsi disposé. Pour empêcher la chute de l'appareil, une compresse roulée en cigarette est placée dans le premier espace interdigital et ses chefs rabattus sur le silicaté (contournant le pouce), y sont fixés par des tours de bande. Puis, on prend un fort tube de caoutchouc, long

environ de 45 centimètres, et on en fait un anneau en attachant les deux bouts solidement. Cet anneau est appliqué en étrier contre le milieu de la face plantaire du silicaté, engageant seulement une partie de la circonférence, celle portant le nœud. On le fixe ainsi par la deuxième bande appliquée en 8 de chiffre, entourant les points d'émergence de l'anse élastique de l'étrier aux bords interne et externe du pied. On aura soin de laisser aux bords une lisière de coton non couverte de silicate. Il faut bien mouler l'appareil sur la plante, et échancre au pouce le bord qui regarde le cou de pied pour ne pas gêner l'extension. »

« En vingt-quatre heures, l'étrier est sec. Alors, on entoure le blessé d'une ceinture épaisse de coton cardé qu'on fixe par un bandage de corps, les bretelles servant de sous-cuisses. Une forte bande est passée dans l'anse de l'étrier et ses chefs noués d'abord au ras du ventre du blessé assis, puis en arrière, après avoir fait deux fois le tour de la ceinture. Le blessé, en se couchant, exerce une traction sur l'anse de caoutchouc qui met le pied en extension tout en lui laissant la liberté de flexion active. Le premier nœud doit être maintenu en ligne avec l'épine iliaque antéro-supérieure. A mesure qu'on rapproche ce nœud du pied, on augmente la traction. »

Tel est cet étrier élastique, aussi ingénieux qu'efficace. Nous n'avons cru pouvoir mieux faire, que de donner la description de cet appareil en reproduisant les termes de l'auteur.

La lutte contre la production de l'équinisme n'est pas le seul but de cet appareil. Il peut servir également à empêcher la chute du pied chez les blessés atteints de paralysie du sciatique ou de sa branche poplitée externe, et chez les paraplégiques.

Tels sont deux modèles d'appareils qui donnent d'excellents résultats. A vrai dire, l'imagination des auteurs peut, pour chaque cas, s'exercer, et les appareils ci-dessus décrits peuvent parfaitement recevoir des modifications de détail.

TRAITEMENT CURATIF

Si le traitement préventif n'a pu être mis en action, et que l'équinisme se soit irrémédiablement installé, il faudra mettre en jeu le traitement curatif.

Pour peu que la rétraction musculo-tendineuse soit prononcée, tout traitement physiothérapique de l'équinisme vrai est voué à l'insuccès. Peut-être donnera-t-il pendant le temps de son application, l'illusion d'une amélioration, mais aussitôt que ces soins spéciaux seront supprimés, la déviation réapparaîtra aussi accentuée, sinon davantage.

Pour les cas légers, la ténotomie du tendon d'Achille pourra donner des résultats, mais il faut se souvenir que cette petite intervention ne peut donner qu'un allongement maximum de 2 cent. 5 chez l'adulte.

On pourra avoir recours à l'allongement par dédoublement du tendon d'Achille, suivi du redressement du pied et de l'application d'un plâtre, maintenant le pied en bonne position, c'est-à-dire en hypercorrection. L'allongement nécessaire à obtenir du tendon doit être égal au tiers de la distance séparant le talon du sol.

Mais si l'équinisme a entraîné des attitudes de compensation, c'est-à-dire, si l'équinisme se complique de déviations compensatrices confirmées du genou, de la hanche, du rachis, redresser le pied ne suffira pas à corriger l'infirmité. Il y a même mieux, et, bien que cela puisse paraître

tre paradoxal, on peut dire que la suppression de l'équinisme augmentera considérablement la boiterie du sujet. En effet: « la flexion du genou et l'élévation du bassin étaient la résultante de l'allongement réel du membre dû à l'équinisme du pied et leur somme totale lui était égale. L'équinisme supprimé, il restera donc un raccourcissement fonctionnel du membre exactement proportionnel à la valeur de l'allongement antérieur, d'où boiterie d'autant plus forte que l'équinisme était plus accentué et que sa guérison a été obtenue plus complète. »

Il en résulte ce fait, c'est que le blessé boite davantage depuis que son équinisme est supprimé. Pour parer à cette boiterie, il ne reste plus qu'à marcher sur l'avant-pied, et, de ce fait, l'équinisme se reconstitue. Il se forme alors une déviation secondaire compensatrice.

Comme conclusion, nous arrivons à ce fait, qu'en présence d'un cas grave et invétéré d'équinisme compliqué, il faut procéder, en même temps qu'au redressement du pied, au redressement du genou et de la hanche.

Sous chloroforme, on pourra avoir recours aux manœuvres de force. Elles ont donné, dans quelques cas, de bons résultats; on cite encore la ténotomie large des fléchisseurs du genou et des adducteurs de la cuisse. Après cette intervention, on applique un grand plâtre bien moulé sur les crêtes iliaques, à la façon des plâtres de coxalgie. A la sortie de l'appareil, les plaies opératoires étant guéries, le traitement physiothérapique reprendra tous ses droits. Il sera alors destiné à rendre au membre toute sa force et toute sa souplesse. On fera également la rééducation méthodique de la marche, et le résultat fonctionnel reviendra excellent.

Cependant, il faudra convenir que la guérison complète de certains cas, heureusement rares, de déviation de la hanche et du rachis, à syndrome pseudo-coxalgique, est très difficile à obtenir.

De même que le traitement préventif a été assuré en partie par Topous Kahn, de même un appareil a été décrit par cet auteur pour le traitement curatif.

Cet appareil est un développement de l'étrier silicaté décrit auparavant. Il se compose de trois parties : le spica plâtré, l'étrier, et les anneaux élastiques réunissant l'un à l'autre.

Le spica plâtré est confectionné avec des bandes de Sayre appliquées sur une couche régulière et assez épaisse de coton cardé qu'on laisse dépasser aux bords du plâtre. Le plâtre descend jusqu'au tiers inférieur de la jambe, immobilisant les articulations de la hanche et du genou du côté malade, de façon que le blessé ne puisse plus s'asseoir ou plier le genou, mouvements qui pourraient diminuer, voire même empêcher la traction sur le pied. D'ailleurs, nous n'avons jamais eu à regretter l'immobilisation ; au contraire, elle met le genou à l'abri de l'hyper-extension (complication à craindre avec les fortes tractions), et elle rend la traction possible quand cette difformité existe déjà. Le plâtre doit être bien moulé sur les deux crêtes iliaques, qui sont les points d'appui les plus résistants et les seuls points de contre-extension de l'appareil. On peut laisser les régions ischiatique et pubienne largement échancrées. Le plâtre est bien renforcé, au besoin armé, au niveau du pli de l'aine, pour qu'il ne casse pas lorsque le blessé tente de s'asseoir.

L'étrier, lui, est un anneau plâtré entourant le pied sur toute la hauteur des métatarsiens. Le pied est naturelle-

ment entouré d'une bonne couche de coton cardé. Pour empêcher la chute de l'anneau, une compresse roulée en cigarette est placée dans le premier espace interdigital et ses chefs rabattus sur le plâtre, y sont fixés par les tours de bande.

Il convient de bien mouler le plâtre sur la plante du pied, et d'échancrer au pouce le bord qui regarde le cou de pied pour ne pas gêner son extension.

Dans les cas qui paraissent devoir être particulièrement difficiles, pour que la voûte plantaire ne s'affaisse pas à la suite de l'allongement possible des ligaments de la plante du pied, on ajoute une semelle à l'anneau plâtré. Cette semelle se fait avec une vingtaine d'épaisseurs de tarlatane imprégnées d'une épaisse bouillie plâtrée. On l'applique à la plante, garnie d'une couche de coton, au moment où le plâtre commence à prendre.

La fixation des anneaux élastiques au plâtre se fait par l'intermédiaire d'une anse de gros fil de fer, ayant la forme d'un U, dont la courbe reçoit un anneau métallique, et dont les branches repliées à angle droit, sont incorporées dans le plâtre au moment de sa confection. Une anse est fixée sur la face dorsale de l'étrier, et une autre sur la face antérieure du spica. Le point de fixation exacte de chaque anse est variable suivant la difformité existante. La disposition correcte de ces anses est d'importance capitale pour la réduction. Les points de leur fixation seront choisis de telle sorte que la force de traction soit appliquée dans l'axe flexion-extension de l'article, sans quoi on exposerait le pied à une torsion pénible et infructueuse.

La traction élastique est assurée au moyen de trois à quatre anneaux de caoutchouc formés de gros tubes de 50 centimètres de long. Une forte bande attache ces an-

neaux élastiques à l'anneau métallique de l'étrier, une autre fait le pont entre ceux-ci et l'anneau du spica. C'est en diminuant la longueur de cette dernière bande qu'on augmente la tension du caoutchouc et par conséquent la traction sur le pied.

RESULTATS ET OBSERVATIONS

Nous ne possédons pas d'observations, se rapportant à la traction élastique de William Topous Khan. Nous ne pouvons, que reproduire ici son opinion personnelle :

« Nous avons appliqué la traction élastique dans trente cas de pied bot par contracture ou rétraction. La plupart d'entre eux étaient des cas difficiles, recueillis dans les centres de physiothérapie et d'appareillages de la région par M. Dujarrier. Sur ces trente cas, nous avons pu en redresser définitivement vingt-quatre, soit 80 %. Parmi les six échecs, deux cas étaient améliorés, le pied étant presque à angle droit, et, chez un, il existait une lésion de la mortaise tibio-tarsienne décelée ultérieurement par la radiographie. Nous n'avons eu aucune complication imputable au traitement, sauf dans un cas de lésion grave du sciatique avec troubles trophiques, où la traction a provoqué quelques escharres de la plante du pied qui, d'ailleurs, ont bien guéri par l'air chaud. »

OBSERVATION PREMIÈRE

Inédite — Personnelle)

Il s'agit d'un jeune soldat, blessé le 4 juin 1917. Il présentait une large plaie du mollet gauche par balle, sans lésions osseuses.

Après cinq mois de traitement, le pied s'était insensiblement placé en équinisme. En Mai 1918, cet homme marchait sur l'avant-pied, le genou fléchi et présentant une ensellure lombaire assez marquée. On pratiqua, le 15 mai, une ténotomie du tendon d'Achille avec immobilisation en hypercorrection. Le 18 août 1918, le plâtre étant enlevé, on constate que le pied appuie normalement sur la plante, mais que le genou est toujours fléchi. Le 15 septembre, sous anesthésie générale, on réduit la flexion du genou et on l'immobilise dans un grand appareil plâtré.

A l'heure actuelle, le malade est guéri de son infirmité et se déclare très satisfait.

OBSERVATION II

Service de M. le professeur Estor

Due à l'obligeance de M. le Dr Antonin, interne

Il s'agit d'un jeune garçon opéré d'une ostéomyélite suraiguë en janvier 1919. Au mois de février 1920, la lésion était parfaitement guérie, mais le pied était placé en équinisme très marqué. Il n'y avait pas de flexion du genou. Le 10 mars 1920, on fit une simple ténotomie du tendon d'Achille avec immobilisation en hypercorrection. Le résultat fut excellent.

OBSERVATIONS

De janvier 1918 à mars 1919, nous avons eu l'occasion de voir 62 blessés du membre inférieur. A tous nous avons appliqué systématiquement l'attelle étrier de Volkmann. Nous n'avons jamais eu à observer la production de l'équinisme.

Revenu au contraire à cette date dans l'intérieur, nous avons pu observer dans les divers services 18 blessés anciens du membre inférieur, qui présentaient cette complication.

CONCLUSIONS

Les blessures profondes du membre inférieur sans lésions osseuses, et d'une façon plus générale les plaies opératoires de ce membre, sont susceptibles de se compliquer d'équinisme.

De ce fait grand nombre de blessés du membre inférieur, sont devenus des infirmes.

Le traitement prophylactique est primordial. La guérison des blessures et de leurs complications septiques n'est qu'une partie et, très souvent, la moins importante du traitement auquel ont droit les blessés: il importe encore, et surtout, d'assurer l'intégrité de la capacité fonctionnelle du membre.

Le traitement curatif consiste dans la section ou l'allongement du tendon d'Achille, complété par le traitement du genou fléchi et de l'ensellure lombaire de compensation.

BIBLIOGRAPHIE

BROUSSE. — Une mécano-thérapie de fortune à l'Hôpital complémentaire n° 31 à Toulouse.

CHALIER. — Notes sur les grandes blessures du pied. Communication à la Soc. de chir., séance du 9 mai 1917 in *Bulletin et mémoire de la Société*, XLVIII, n° 17.

CHEVRIER. — Soins spéciaux à donner aux blessés du membre inférieur. Soc. de chirurgie, séance du 9 mai 1917.

COLOLIAN. — La mécano-thérapie de guerre avec les appareils de fortune.

DIONIS DU SÉJOUR. — Appareils à extension continue à traction élastique. Concours médical, 29 juin 1918

FEHLING. — Sur le traitement des blessures de guerre. *Beitrag zur Klinischen Chirurgie*, t. C, fasc. I, p. 1, 1916.

JULLIARD (Ch.). — L'accoutumance aux mutilations. F. Alcan, édit.

LOBÉAC. — L'équinisme dans les blessures de la jambe. Archives de médecine et pharmacie militaires, déc. 1916.

PRAT. — Contribution à l'étude des impotences paradoxales des membres consécutives aux plaies de guerre. *Bulletin Médical*, 12 mai 1917.

PROUST. — Considérations sur quelques plaies de guerre.
Soc. de chirurgie, 31 mai 1916.

William Topous KHAN. — La traction élastique dans l'équinisme. Soc. méd. chir. de la X^e région, 7 avril 1917.

Vu et permis d'imprimer,	Vu et approuvé,
Montpellier, le 20 novembre 1920	Montpellier, le 20 novembre 1920.
Pr le Recteur,	Pour le Doyen
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,	L'Assesseur délégué,
J. VIANEY,	FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
